

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N<sup>o</sup> 5.

---

# SYPHILIS LACRYMALE

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 novembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**JOANNÈS FARJOT**

EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né au Puy (Haute-Loire), le 25 septembre 1899

---

LE PUY

IMPRIMERIE PEYRILLER, ROUCHON ET GAMON

23, BOULEVARD CARNOT, 23

—  
1924



SYPHILIS LACRYMALE

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

|                       |               |
|-----------------------|---------------|
| Doyen honoraire ..... | MM. HUGOUNENQ |
| Doyen.....            | J. LEPINE     |
| Assesseur.....        | ROQUE         |

## PROFESSEURS HONORAIRES

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, TESTUT,<br>FLORENCE A., TEISSIER. |
|-------------------------------------------------------------------------|

## PROFESSEURS

|                                                        |                |
|--------------------------------------------------------|----------------|
| Cliniques médicales.....                               | { MM. BARD     |
| Cliniques chirurgicales.....                           | ROQUE          |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....            | TIXIER         |
| Clinique ophtalmologique.....                          | BERARD         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....   | COMMANDEUR     |
| Clinique neurologique et psychiatrique.....            | ROLLET         |
| Clinique des maladies des enfants.....                 | NICOLAS        |
| Clinique des maladies des femmes.....                  | LEPINE (J.)    |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....                 | WEILL          |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....         | VILLARD        |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....     | LANNOIS        |
| Physique biologique, radiologie et physiothérapie..... | ROCHET         |
| Chimie biologique et médicale.....                     | NOVE-JOSSERAND |
| Chimie organique et Toxicologie.....                   | CLUZET         |
| Matière médicale et Botanique.....                     | HUGOUNENQ      |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....      | MOREL          |
| Anatomie.....                                          | BRETIN.        |
| Histologie.....                                        | GUIART         |
| Physiologie.....                                       | LATARJET       |
| Pathologie interne.....                                | POLICARD       |
| Pathologie et Thérapeutique générales.....             | DOYON          |
| Anatomie pathologique.....                             | COLLET         |
| Chirurgie opératoire.....                              | MOURIQUAND     |
| Médecine expérimentale et comparée et Bactériolog..... | PAVIOT         |
| Médecine légale.....                                   | X.             |
| Hygiène.....                                           | ARLOING (F.)   |
| Thérapeutique, Hydrologie et Climatologie.....         | Etienne MARTIN |
| Pharmacologie.....                                     | COURMONT (P.)  |
|                                                        | PIC            |
|                                                        | X.             |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                              |            |
|----------------------------------------------|------------|
| Chargé d'un cours de Pathologie externe..... | MM. VALLAS |
| — Propédeutique de gynécolog.....            | CONDAMIN   |
| — Chimie minérale.....                       | BARRAL     |
| — Urologie....                               | GAYET      |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                    |           |
|----------------------------------------------------|-----------|
| Anatomie topographique .....                       | MM. PATEL |
| Orthopédie .....                                   | LAROYENNE |
| Puériculture et hygiène de la première enfance ... | CHATIN    |
| Chirurgie expérimentale.....                       | LERICHE   |
| Stomatologie.....                                  | TELLIER   |

## AGRÉGÉS

|                   |              |         |                  |
|-------------------|--------------|---------|------------------|
| MM.               | MM.          | MM.     | MM.              |
| NOGIER            | COTTE        | CORDIER | MAZEL            |
| THEVENOT (Léon)   | DUROUX       | ROUBIER | SANTY            |
| GARIN             | TRILLAT      | FAVRE   | DUNET            |
| SAVY              | SARVONAT     | BONNET  | CHALIER (André)  |
| FROMENT           | FLORENCE (G) | RHENTER | CHALIER (Joseph) |
| THEVENOT (Lucien) | ROCHAIX      | LEULIER | NOEL             |
| PIERY             |              |         | CORDIER (Pierre) |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

|                               |                        |
|-------------------------------|------------------------|
| M. ROLLET, Président.         | M. FROMENT, Assesseur. |
| MM. FAVRE et BONNET, Agrégés. |                        |

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N<sup>ro</sup> 5.

---

# SYPHILIS LACRYMALE

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 novembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**JOANNÈS FARJOT**

EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né au Puy (Haute-Loire), le 25 septembre 1899

---

LE PUY

IMPRIMERIE PEYRILLER, ROUCHON ET GAMON

23, BOULEVARD CARNOT, 23

---

1924



A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Pour le grand honneur qu'il nous  
fait d'accepter la Présidence de  
cette thèse dont il nous a inspiré  
le sujet.

En témoignage de respectueuse  
gratitude.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX  
MM. BÉRARD, SANTY, ROLLET, DESGOUTTES,  
DUMAS

A MES MAÎTRES  
CIVILS ET MILITAIRES



## INTRODUCTION

---

Nous envisagerons les lésions syphilitiques qui intéressent les voies lacrymales d'excrétion suivant les trois périodes classiques de la syphilis : primitive, secondaire et tertiaire. Nous y ajouterons naturellement les lésions hérédosyphilitiques, des plus intéressantes également.

Sous ce titre de syphilis des voies lacrymales, nous ne comprendrons pas seulement les cas exceptionnels et à intérêt théorique où la maladie atteint électivement la muqueuse lacrymale : nous étudierons surtout les cas qui se présentent dans la pratique courante, où les lésions chevauchent, sans tenir aucun compte des barrières fonctionnelles, sur les différents tissus de la région, qu'il s'agisse des muqueuses (lacrymale, nasale ou conjonctivale), du tissu cutané, ou de la charpente osseuse. Dans ces cas, même si le système lacrymal est intact, il domine cependant la scène, car c'est lui qu'il importe le plus de protéger dans l'évolution ultérieure éventuelle de la maladie.

Mais, avant de commencer ce modeste travail, nous

tenons à témoigner toute notre reconnaissance à M. le Professeur Rollet, qui nous a guidé dans cette tâche et nous a toujours réservé un accueil aimable, comme externe dans son service et à l'occasion de cette thèse.

Nous remercions aussi bien sincèrement M. le Docteur Bussy, chef de laboratoire de la clinique, pour les précieux renseignements qu'il nous a communiqués, et surtout pour la patience affable avec laquelle il nous enseignait la délicate technique anatomo-pathologique, pendant le semestre que nous avons eu le plaisir de passer à ses côtés.

## CHAPITRE PREMIER

### ACCIDENT PRIMITIF DES VOIES LACRYMALES

C'est le chancre lacrymal. Le mode de contagion laisse prévoir qu'il sera rarement cavitaire, c'est-à-dire siégeant sur la muqueuse lacrymale, mais presque uniquement juxta-lacrymal.

1° **Chancre cavitaire** : il peut atteindre soit le canal lacrymal, soit le sac. De Vincentiis rapporte un cas de chancre intrasacculaire à symptômes typiques : il se présentait sous la forme d'une tumeur lacrymale banale, sans refoulement liquidien par les points lacrymaux. Mais cette tumeur était dure et s'accompagnait d'adénopathie préauriculaire et sous-maxillaire. L'éclosion des accidents secondaires et le traitement d'épreuve confirmèrent le diagnostic. Le malade avait été victime d'une contagion vénérienne oculaire et, pour de Vincentiis, le tréponème aurait été transporté au niveau du sac par l'intermédiaire des larmes. Il ne faut pas oublier aussi la possibilité d'une inoculation par cathétérisme.

2° **Chancre juxta-lacrymal** : c'est à peu près le seul que l'on rencontre en clinique.

a) Dans quelques cas rares, la *peau de la région prélacrymale* peut être contagionnée, contagion facilitée parfois par une excoriation préexistante, un bouton d'acné par exemple, comme chez cet Arabe dont l'observation fut rapportée par M. le Professeur Rollet à la Société d'ophtalmologie de Lyon et qui fait l'objet de notre obs. I (Phot. III). Dans notre obs. II (Phot. IV) nous décrivons un cas analogue. Comme le montrent nos clichés, ces lésions peuvent s'étendre en surface, mais elle ne semblent pas devoir ordinairement se propager en profondeur jusqu'au sac.

b) Plus souvent, c'est la *muqueuse conjonctivale* qui est atteinte. On sait que, parmi les chancres extra-génitaux, le chancre oculaire n'est pas un des plus rares. Il peut siéger sur la conjonctive bulbaire, avec ses caractères cliniques bien spéciaux, décrits pour la première fois par M. le Professeur Rollet (*Revue génér. d'opht.* 1904) : induré, érosif, pultacé le plus souvent. D'autres fois, comme dans notre obs. III (phot. II), il est cutanéomuqueux et atteint la conjonctive palpébrale. Comme c'est l'angle interne qui est le plus souvent touché, on conçoit qu'on puisse observer parfois dans ces cas une oblitération, active ou cicatricielle, des points lacrymaux, avec larmolement consécutif, surtout quand il s'agit du point inférieur.

c) Il ne faut pas oublier enfin que le chancre peut influer sur les voies lacrymales lorsqu'il siège au voisinage de leur autre extrémité, c'est-à-dire sur la *muqueuse nasale*. Cet accident primitif n'est pas très

rare et il est d'ailleurs souvent méconnu, d'autant plus qu'il peut s'accompagner d'une adénopathie assez distante : dans une observation de M. le Professeur Rollet, rapportée par son interne, M. Chapuis (*Soc. des sciences méd. de Lyon*, juin 1894), il existait un ganglion près de chacune des grandes cornes de l'os hyoïde. Le chancre pituitaire retentit sur le canal nasal quand il siège au niveau du méat inférieur, et cela pour deux raisons : parce que ce canal, qui débouche dans le méat, y est prolongé par un trajet intra-muqueux, c'est à dire facilement oblitérable, et de plus parce que la pituitaire est à ce niveau remarquablement érectile et s'hypertrophie très volontiers. Le canal oblitéré, c'est la stase lacrymale qui s'installe, avec l'infection consécutive, celle-ci pouvant d'ailleurs se propager par voie ascendante indépendamment de toute oblitération. Vittori (*Th. Lyon* 1921) a d'ailleurs insisté sur un processus analogue dans de nombreuses affections nasales et sur l'importance de l'examen rhinoscopique dans les dacryocystites. Guichard (*Revue de Syphiligraphie* 1908) rapporte un cas de chancre de la partie antérieure du cornet inférieur, suivi un mois après d'épiphora qui dura un an et nécessita un traitement chirurgical. Nettleship (*British med. journ.* 1875) a observé un chancre qui obstruait complètement la narine et avait rapidement provoqué un abcès puis une fistule lacrymale.

---

## CHAPITRE II

### LÉSIONS SECONDAIRES DES VOIES

#### LACRYMALES

Comme le chancre, la syphilis secondaire des voies lacrymales est exceptionnellement cavitaire (nous n'en avons pas trouvé d'observation dans la littérature médicale). Elle peut être par contre juxta-lacrymale, encore que le fait soit relativement rare. Dans ce cas d'ailleurs, les lésions, le plus souvent superficielles, ont trop peu de réactions de voisinage pour retentir de façon inquiétante sur les voies d'excrétion des larmes.

Fournier (*Leçons sur la syphilis*, 1881) dit cependant avoir vu des oblitérations et des déviations des points lacrymaux par des plaques muqueuses des paupières. Nous rapportons l'observation d'un malade (obs. IV, phot. I) atteint de plaques muqueuses hypertrophiques des paupières, sans lésions lacrymales. Des cas analogues d'accidents secondaires (conjonctivite, papules, plaques muqueuses) ont d'ailleurs été longuement étudiés dans la thèse de Narjoux, inspirée par M. le professeur Rollet.

Quant à la syphilis secondaire de la muqueuse nasale, il est logique de penser qu'elle puisse, bien que très rarement, créer des rétentions lacrymales.

---

## CHAPITRE III

### LÉSIONS TERTIAIRES

Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. Comme les primitives, nous les diviserons en cavitaires (exceptionnelles), et juxta-lacrymales, les plus importantes.

1° **Lésions scléro-gommeuses cavitaires** : nous n'avons trouvé que des cas très rares qui soient qualifiés de gomme de la paroi même du sac : une vieille observation de Sichel (*Th. Larebrière*), une autre de Panas, lequel parle aussi de deux cas d'Alexander et de Thiry. Le Dr Hambresin a bien voulu nous en faire parvenir une nouvelle observation, qu'il a communiquée à la Société Belge d'ophtalmologie, chez une fillette de 9 ans qui avait contracté la syphilis 3 ans auparavant. Tous ces cas se présentent au début comme une tumeur lacrymale banale qui peut être prise pour une dacryocystite. Il y a du larmoïement et il sort parfois du pus par les points lacrymaux. Plus tard, l'ulcération de la gomme oriente plus sûrement, comme dans les cas de Panas et d'Hambresin, vers le diagnostic de syphilis. Quant à la localisation cavitaire de la lésion, elle n'est pas moins délicate à déterminer et à différencier d'une localisation prélacrymale, d'autant plus que celle-ci peut devenir secondairement sacculaire.

C'est un problème un peu analogue à celui qui se pose pour la « *tumeur prélacrymale* », décrite par M. le professeur Rollet, et due aux microbes banaux. C'est pourquoi on trouve quelques observations où l'on a hésité à incriminer la paroi du sac elle-même, en l'absence d'extirpation et d'examen histologique. Telles sont l'observation XXIII de Larebière et celle de Galezowski (*Th. Larebière*, obs. I). Un consultant du service de M. le professeur Rollet (obs. V, phot. VII), qui ne put être suivi, présentait, 9 mois après le chancre, une tuméfaction lacrymale fistulisée, qui était peut-être une gomme du sac. En somme ces derniers cas auraient aussi bien leur place dans le paragraphe que nous allons maintenant développer.

2° **Lésions tertiaires de voisinage** : elles occupent soit la peau des régions pré- ou juxta-lacrymales, soit le tissu osseux.

a) Les *gommescutanées ou sous-cutanées* de la région ne sont pas rares. M. le Professeur Rollet, dans la thèse de Blary, a rassemblé de nombreux exemples de gommescutanées des paupières ; nous en rapportons un cas, des plus démonstratifs, observé dans son service, où la lésion débuta à la paupière supérieure, s'ulcéra et envahit une partie de la paupière inférieure (obs. VI, phot. VI). Chez un autre malade (obs. VII, phot. V), l'ulcération siégeait à la paupière supérieure, mais la tuméfaction menaçait de plus près les voies lacrymales. Enfin, quand la gomme atteint, primitivement ou par extension, les tissus présacculaires, la gêne apportée au cours des larmes est beaucoup plus marquée. Galezowski (*Journ. d'opht.* 1872, p. 231) rapporte un

cas de gomme prélacrymale, non ulcérée, du volume d'une petite noix, qui provoquait du larmoiement. Toutes ces lésions se reconnaissent à leur consistance élastique, à leur mobilité sous la peau, à l'absence de ganglions tant qu'elles ne sont pas ulcérées, et à leur disparition rapide par l'iodure de potassium.

b) Il nous reste à décrire maintenant les *ostéo-périostites syphilitiques juxta-lacrymales*, connues depuis fort longtemps et déjà signalées par Saint-Yves (1749) et Gardane (1770). Nous ne nous étendrons pas sur ce sujet si vaste de la syphilis nasale; une étude très détaillée et très complète en a été faite par de nombreux auteurs, et notamment par Tissier dans une revue générale de la Gazette des Hôpitaux (1896). Nous nous contenterons, d'après ce dernier article, de situer les cas qui nous occupent dans le cadre général de cette question. La syphilis nasale tertiaire est relativement précoce, survenant le plus souvent dans les 3 premières années. Elle frappe surtout la voûte palatine d'une part, et d'autre part la cloison et quelques fois les os propres, provoquant dans ces deux derniers cas les diverses variétés de déformations du nez. Ce n'est que plus rarement qu'elle atteint, isolément ou non, soit l'apophyse montante du maxillaire supérieur (partie antérieure du canal nasal), soit l'unguis (partie postérieure du même canal). Et alors, comme le fait remarquer Tissier, c'est la pathologie lacrymale qui domine. Ces lésions, étant surtout destructives, sembleraient devoir plutôt élargir les voies lacrymales; et cependant, dans des observations comme celle de Fabre (*Thèse Larebrière*, obs. VI), où le processus est

nettement nécrotique, on rencontre une épiphora bilatérale. C'est que, comme le fait remarquer Tissier, l'atteinte primitive réside le plus souvent dans une périostite gommeuse qui provoque secondairement la nécrose et l'élimination, par trouble de la nutrition osseuse ; car il ne faut pas oublier que nous avons affaire à des os courts, sans artère centrale. Or c'est cette périostite qui crée l'oblitération lacrymale, à laquelle s'ajoute fatalement l'infection secondaire. L'hyperostose est parfois nettement appréciable dans la région sacculaire, comme chez le malade de Lagneau (*Arch. gener. de méd.*, 1857, obs. VI), atteint de caries étendues, et chez celui de Bourguignon (*Lagneau*, obs. VIII) qui présentait, outre des lésions destructives, des exostoses de la loge lacrymale, des os propres, et même du frontal où elles se ramollirent à un moment donné. Enfin il est des cas, plus difficiles à dépister, où la périostite périsacculaire est la seule altération osseuse coexistant avec un larmolement uni ou bilatéral, ou avec une dacryocystite. Galezowski et Janin, cités par Lagneau, en rapportent trois observations (*Th. Larebrière*, obs. XVIII, XVII et V). A un examen superficiel ces malades semblent ne présenter qu'une dacryocystite banale ; mais, comme l'a bien remarqué Tavignot, « .... la distension du sac ne constitue pas toute la difformité, le plus souvent on constate sur les parties latérales du nez, correspondant au sillon nasofacial et dans la direction du canal nasal, une tuméfaction dure et résistante à la pression, produite soit par une hyperostose ou une exostose ». Cette description ne saurait être mieux illustrée que par l'image que

nous apportons d'une malade du service de M. le Professeur Rollet (obs. et phot. VIII), atteinte de dacryocystite double et chez laquelle la réaction périostée, décelable cliniquement, fut confirmée par la radiographie.

## CHAPITRE IV

### SYPHILIS HÉRÉDITAIRE LACRYMALE

Il nous reste un mot à dire de la syphilis héréditaire lacrymale. Nous serons brefs, car elle a été étudiée en détail dans la thèse de notre ami le Dr Beaumel, inspirée à la clinique de M. le professeur Rollet, où il est fait une si grande part à l'étude de l'hérédo-syphilis.

Ses lésions s'identifient d'ailleurs presque complètement avec les lésions tertiaires que nous avons décrites chez l'adulte et surviennent en général dans les 10 ou 15 premières années de la vie. Nous n'avons pas trouvé d'observations où la muqueuse lacrymale elle-même soit seule atteinte.

Parmi les cas de syphilis de voisinage, les gommes sous-cutanées de la région sont exceptionnelles ; notre ami le Dr Magnier en a réuni quelques cas, affectant les paupières (*Th. Lyon* 1923). Par contre les altérations osseuses nasales destructives, accompagnées d'hyperostoses lacrymales, constituent la base de presque toutes les observations, celles de Chaillous et d'Antonelli comme celles du service de M. le professeur Rollet. Les petits malades présentent le plus sou-

vent un effondrement des os propres du nez, dont la racine s'aplatit tandis que le segment inférieur se retrouse, prenant la forme du « nez en selle ». D'autre part, si on cathétérise les voies lacrymales infectées, le stylet rencontre un obstacle résistant qui est l'hypertrophie. Il existe en outre presque sans exception des stigmates d'hérédosyphilis, tels que keratite interstitielle ou anomalies dentaires.

---

## CHAPITRE V

### DIAGNOSTIC

Nous avons décrit au niveau des voies lacrymales les lésions syphilitiques classiques (ulcérations, gommès, lésions osseuses). Nous allons en préciser les symptômes et les signes différentiels des autres affections pouvant les simuler.

Nous envisagerons ensuite le diagnostic de tout un ensemble de cas, à caractères syphilitiques peu nets, où l'on constate simplement une infection lacrymale banale, mais dont l'examen attentif permet d'incriminer la syphilis à l'origine. Il s'agit d'ailleurs le plus souvent d'une réaction périostée légère, gênant l'excrétion des larmes. Il nous a paru intéressant de grouper ces cas, éparés dans la littérature médicale, parce qu'ils passent facilement inaperçus en clinique et vont souvent rejoindre l'ensemble imposant des malades atteints de dacryocystite vulgaire, alors qu'ils relèvent fréquemment d'un traitement tout différent.

#### I. — LÉSIONS SYPHILITIQUES CLASSIQUES

1° **Accident primitif** : lorsque le chancre est visible, qu'il est palpébral ou cutané, son diagnostic est en

général facile. Mis à part quelques cas rares, anormalement ulcéreux, il se reconnaît à son aspect nettement superficiel et peu impressionnant. C'est une surface simplement érosive, couleur chair musculaire. Il repose profondément sur une plaque indurée, cartonnée, qu'on peut saisir entre les doigts.

Parfois il a une allure moins typique, se recouvrant de croutes ou devenant, au niveau de la conjonctive bulbaire surtout, diphtéroïde.

Mais le médecin peut être franchement dérouté, s'il siège sur la muqueuse nasale ; le coryza semble bien anormalement gênant et tenace, mais si l'on n'est pas en quelque sorte hanté par le tréponème on risque fort de s'en tenir au diagnostic banal. Enfin si le chancre est intrasacculaire, son diagnostic devient encore plus problématique.

Il est vrai que, dans tous ces cas, s'opposant à l'apparence anodine de la lésion, on est frappé par l'intensité bien caractéristique de l'adénopathie souvent en pleiade. Elle atteint le ganglion préauriculaire, les ganglions sous-maxillaires et parotidiens, les carotidiens parfois. Nous avons vu que la muqueuse nasale peut retentir aussi sur les ganglions latéro-hyoïdiens (*Rollet*). Ces signes sont bientôt confirmés par l'apparition des accidents secondaires. La recherche directe du tréponème peut enfin être pratiquée.

**2° Accidents secondaires :** ils sont exceptionnels, ils n'intéressent presque jamais les voies lacrymales, et ils sont, de plus, faciles à identifier. Seule la conjonctivite syphilitique pourrait être confondue avec les conjonctivites ordinaires.

**3° Accidents tertiaires** : ce sont ceux qui retiendront le plus notre attention, en raison de leur fréquence et des difficultés que l'on rencontre dans leur diagnostic.

a) *En présence d'une tuméfaction*, siégeant au niveau de la paupière, il faudra éliminer tout d'abord le *chalazion*. La chose est souvent fort difficile car les gommes du cartilage tarse ne sont pas très rares. La multiplicité des tumeurs sera en faveur de la syphilis, mais souvent ce n'est que l'évolution ultérieure de la maladie qui précisera l'étiologie. L'autre affection fréquente, à envisager sera la *tuberculose palpébrale*, dont les formes cliniques ont été étudiées en détail par M. le professeur Rollet ; la forme « *abcès froid* » sous cutané se présente avec une consistance moins élastique que la gomme, elle est moins nettement limitée et, de plus, s'accompagne le plus souvent d'adénopathie, ce qui n'est pas le cas pour la gomme non ulcérée ; de plus elle est parfois associée à la forme « *nodulaire* », constituée par de petits grains de plomb sous-cutanés, que la syphilis ne donne en aucun cas. Il faut encore songer à la *sporotrichose*, affection plus rare, dont la forme sous-cutanée présente, selon l'expression de Gougerot, un aspect mixte de syphilis et de tuberculose ; c'est dire toute la difficulté de ce diagnostic ; la culture sera d'un précieux concours. Le traitement d'épreuve par l'iodure l'influence, tout comme la gomme ; il sera en tout cas un argument décisif pour départager syphilis et tuberculose.

Si la tuméfaction siège au niveau du sac, de nouvelles affections entrent en ligne de compte. Nous

avons vu que la gomme peut rester indépendante du sac ou au contraire occuper sa paroi, de façon primitive ou secondaire. Dans le premier cas, la manœuvre du refoulement ne fait pas sortir de pus par les points lacrymaux et permet d'éliminer la dacryocystite banale, sauf dans les cas où les deux lésions coexistent, l'une dépendant de l'autre. Il est par contre plus délicat de différencier une « *tumeur prélacrymale* », proche parente de la dacryocystite, mais ne communiquant pas avec le sac (*Rollet, Lyon méd.* 1900). Enfin la question très importante de la tuberculose se pose à nouveau. Elle est très fréquente en effet et a fait l'objet de nombreux travaux, parmi lesquels le rapport de M. le professeur Rollet au congrès de 1911 sur la tuberculose des voies lacrymales. Si la pression fait sourdre du pus, plus ou moins huileux, il faut songer à l'« *abcès froid* » du sac. D'autres fois le refoulement est négatif ; il peut s'agir alors, soit de la forme fibreuse, du « *fibrome lacrymal* », soit de la forme fongueuse, de la « *tumeur blanche* » lacrymale. Autant de difficultés cliniques souvent insurmontables, qu'aidera à solutionner la constatation d'une adénopathie ou d'un traitement d'épreuve efficace. L'état général devra aussi entrer en ligne de compte, bien qu'il présente souvent des caractères analogues dans les deux grandes maladies, surtout chez les jeunes où scrofule et heredo-syphilis se rencontrent couramment. Les taies de la cornée, les anomalies dentaires, l'hydarthrose bilatérale des genoux plaideront en faveur de la syphilis. Nous ne ferons, pour finir, que mentionner le cancer primitif du sac, épithélioma ou sarcome, plus dur au palper et d'évolution bien spéciale.

b) *En présence d'une ulcération*, profonde, étendue, très différente de celle du chancre, des problèmes analogues se posent : gomme syphilitique et *gomme tuberculeuse*, une fois ulcérées, continuent à avoir des points communs. L'ulcération spécifique a cependant des bords moins décollés, plus nettement limités, à contour polycyclique ; elle peut s'étendre d'un côté, mais peut aussi se cicatriser d'un autre et, de ce fait, on trouve souvent, près d'un de ses bords, une surface cutanée cicatricielle d'un aspect gaufré caractéristique. Son extension est en outre plus rapide, mais sa douleur et sa réaction ganglionnaire moins marquées. Enfin, l'inoculation au cobaye est négative. Le traitement d'épreuve confirme le diagnostic. L'*epithélioma* peut, lui aussi, être à discuter. On le reconnaîtra à ses bords moins lisses, plus rugueux, plus bourgeonnants, à son induration plus profonde, à ses ganglions, tardifs, mais bien localisés, non inflammatoires, parfaitement indolores. En vue d'établir une thérapeutique active, il ne faudra pas hésiter à instituer le traitement d'épreuve et à pratiquer une biopsie. Restent les ulcérations actinomycosiques qui se reconnaissent à leurs grains jaunes caractéristiques.

c) *En présence de lésions osseuses*, le diagnostic hésitera moins. Les mutilations nasales profondes de la syphilis ont une allure bien spéciale, que l'*epithélioma* térébrant, à un âge d'ailleurs plus avancé, ne rappelle que de loin. Quant à l'hyperostose lacrymale, on la différenciera rapidement d'un *sarcome* osseux par l'évolution rapide de ce dernier. Seul un *ostéome* des os du nez pourrait prêter à confusion : il faudra toujours pen-

ser à l'étiologie syphilitique et instituer un traitement.

## II. — LÉSIONS SYPHILITIKES DISSIMULÉES

Il nous reste à étudier maintenant toute une série de cas qui se présentent sous forme d'un simple larmolement, ou d'une suppuration sacculaire, et chez lesquels un traitement spécifique amène une guérison rapide. S'agit-il de gonnes sans signes cliniques nets, infectées secondairement; s'agit-il plutôt au contraire d'hyperostose légère obstruant la lumière du canal nasal? La réponse restera souvent en suspens. Nous allons essayer de montrer comment, par un examen attentif, on peut arriver à distraire ces cas du grand cadre des dacryocystites ordinaires :

1<sup>o</sup> On a l'attention attirée par d'autres lésions spécifiques : c'est ainsi que Lagneau (*Th. Larebrière*, obs. VIII et X) rapporte deux cas de dacryocystite, dont l'un présentait des plaques muqueuses anales, l'autre des cicatrices de gomme avec état gaufré de la face; la syphilis fut avouée et le mercure amena une guérison en moins de deux mois. Chaillous (*Th. Beaumel*, obs. IV) reconnut l'origine spécifique d'un larmolement, chez un enfant de 8 mois, à la présence de placards rouges sur les fesses et à des cicatrices faciales. Dans tous les cas, même en l'absence de signes lacrymaux anormaux, il faut tenter avant tout le traitement spécifique.

2<sup>o</sup> La tumeur lacrymale a un aspect anormal : ce sont ces cas sur lesquels insistait Tavignot, où il n'y a pas

seulement une ectasie localisée du sac, mais où l'on est frappé par la diffusion, autour et au-dessous de cette ectasie, de la tuméfaction. Si l'on palpe on s'aperçoit alors qu'il ne s'agit pas d'une infiltration inflammatoire de voisinage, mais d'un léger gonflement osseux qui fait penser immédiatement à l'hyperostose. Dans les deux observations de Galezowski, que nous avons déjà citées, le traitement mercuriel et ioduré amena la guérison de l'épiphora en un et deux mois. Le malade de Janin avoua la syphilis et guérit en 45 jours par les pilules au calomel. La malade du service de M. le Professeur Rollet (obs. et phot. VIII) n'est pas moins démonstrative. Tous ces faits nous montrent qu'il ne faut pas négliger la constatation d'un élargissement de la base du nez, sous-jacent à une dacryocystite, chose que l'on aurait tendance à faire surtout quand il est bilatéral, symétrique, et que l'on pourrait facilement le mettre sur le compte d'une configuration naturelle du visage. C'est ainsi que, pour notre malade, nous ne fûmes complètement convaincu que lorsqu'elle nous montra une photographie antérieure à sa lésion. Quand elle quitta le service, la racine du nez était d'ailleurs beaucoup moins élargie.

3° *La fistule lacrymale a un aspect ulcéreux* : le pus, qui s'est fait jour à la peau, s'écoule par un orifice dont les bords sont grisâtres, atones et stationnaires. C'est une particularité à laquelle Lagneau attachait une grosse importance, bien qu'il ne faille pas négliger la tuberculose, qui donne elle aussi des fistules analogues, mais à bords plus décollés, et à fond plus bourgeonnant. Il est bon cependant qu'on soupçonné la

syphilis : dans un cas de Larebière et un autre de Galezowski (*Th. Larebière*, obs. XXII et XIII), on fut ainsi aiguillé vers un traitement spécifique qui donna des résultats rapides. Dans une observation de Desportes, le cathétérisme révéla la présence d'une exostose et chez un malade de Larebière l'interrogatoire fit avouer le chancre, survenu une année auparavant (*Th. Larebière*, obs. III et XXI).

4<sup>o</sup> *Le traitement d'épreuve est positif* : il est des cas, alors que la syphilis est soupçonnée ou même avouée par le malade, où l'on est en droit d'instituer un traitement d'épreuve, même en l'absence de tous signes anormaux au cours d'une dacryocystite en apparence banale, et l'on pourra voir survenir alors une guérison rapide, en quelques semaines, d'un larmolement qui était d'une chronicité désespérante (*Th. Larebière*, obs. XIV, XV et XIX). Doit-on de là conclure à l'origine spécifique de la lésion ? En toute sûreté, évidemment non, car l'évolution des dacryocystites ordinaires nous a habitué à ces variations capricieuses, même en l'absence de tout traitement ; c'est un appoint au diagnostic qui n'est cependant pas à négliger. Il sera surtout bon de l'employer quand on aura affaire à des affections particulièrement tenaces, ne cédant pas aux traitements classiques. Galezowski (*Th. Larebière*, obs. XVI) y eut recours en dernier ressort chez une malade atteinte de tumeur lacrymale, dont l'inflammation s'accroissait, malgré une large incision ; la malade fut guérie très rapidement.

En somme, ces derniers exemples surtout font bien ressortir le rôle, parfois obscur mais certain, que

joue la syphilis dans la pathogénie de certaines dacryocystites. Il est à mettre en parallèle avec l'étiologie tuberculeuse, qui passe parfois aussi facilement inaperçue et, en présence d'une suppuration sacculaire, il est bon d'être toujours sur ses gardes, avec l'arrière pensée de ces deux maladies, encore qu'il soit sinon plus fréquent, du moins plus important de reconnaître la syphilis, pour savoir à bon escient en instituer le traitement.

---

## CHAPITRE VI

### TRAITEMENT

Une fois le diagnostic de syphilis posé, il importe d'instituer au plus vite un traitement spécifique.

Les cas de syphilis primitive ou secondaire seront justiciables d'une thérapeutique active par les arsenicaux, novarsénobenzol de préférence, que l'on complètera ensuite par des séries mercurielles ou bismuthées.

Dans les cas de syphilis tertiaire, si un traitement spécifique n'a jamais été fait, il sera prudent de ne pas débiter par des corps aussi actifs que les arsenicaux, par crainte d'une réaction d'Herxheimer possible. On commencera donc par le mercure ou le bismuth. Il sera en outre très salulaire d'y adjoindre l'iodure de potassium, résolutif de tous les processus gommeux, par son action lymphagogue bien connue. Il s'agit en somme de traiter la diathèse, indépendamment de toute action locale. Certains auteurs se sont cependant aidés de frictions mercurielles au niveau de la région lacrymale.

Reste la dacryocystite, l'infection secondaire, quand elle existe. Il sera parfois inutile de la traiter, car elle cèdera souvent à la rétrocession du processus oblité-

ratif ; cette abstention sera même à conseiller quand le traitement d'épreuve sera nécessaire au diagnostic. Dans les autres cas on aura recours à la désinfection locale, par le bleu de méthylène par exemple. Il sera exceptionnel qu'on soit obligé d'avoir recours à l'extirpation du sac lacrymal, selon la méthode décrite par M. le Professeur Rollet.

---

# OBSERVATIONS

---

## Observation I (Résumée).

(Clinique de M. le professeur Rollet) (1).

*Double chancre, de la paupière inférieure (phot. 3) et du menton — Grosse adénopathie — Traitement, cicatrisation en 15 jours.*

A..... M....., 22 ans, Algérien. Se présente à la consultation du 8 mars 1912.

A eu le paludisme ; éthylisme.

Coexistence de 2 chancres, l'un palpébral, ulcéreux, l'autre mentonnier, recouvert de croûtes — Ganglions préauriculaire, sous-maxillaires et carotidiens. Il semble que les 2 chancres aient apparu en même temps il y a 25 jours, la porte d'entrée pouvant être due à des boutons d'acné. Dans le liquide qui suinte à la pression, M. Durand, interne de service, a pu déceler le tréponème.

Le lendemain, roséole discrète ; les jours suivants, plaques muqueuses sur les amygdales.

Le 11 et le 20 mars, 0 gr. 60 d'arsénobenzol intra-rectal (la préparation destinée à la voie veineuse étant devenue spontanément trouble). Le 21 mars, chancre complètement cicatrisé ; le 27, les plaques muqueuses sont notablement réduites et ne sont plus ulcéreuses.

(1) Malade présenté à la Société d'ophtalmologie de Lyon, mars 1912.

### Observation II.

(Clinique de M. le professeur Rollet).

*Chancre prélacrymal (phot. 4).*

G.... Raymond, manœuvre. Entré dans le service le 17 mai 1905.

Le malade n'a pas reçu de coup. Il se présente avec une croûte gênant l'inspection. Dans l'angle interne on remarque une lésion rappelant le chancre typique. Il est situé sur le nez plus que sur la paupière. En le pressant, rien ne sort. Engorgement ganglionnaire très marqué (parotidien, sous-maxillaire).

La lésion est ronde, de la grosseur d'une pièce de 0,20 cent. en argent; l'ensemble présente la forme d'une cupule. Les bords sont rouge brun. Le milieu est couvert d'une croûte gris jaune, ratatinée.

### Observation III.

(Clinique de M. le professeur Rollet).

*Chancre cutanéomuqueux intéressant le point lacrymal (phot. 2).*

S.... Augustine, 6 ans. Entrée dans le service le 12 octobre 1910.

Oreillons en juillet. Depuis 1 mois, les yeux sont collés le matin; sécrétion surtout marquée à l'œil gauche. De ce côté, injection de la paupière inférieure; blépharite surtout marquée à l'angle interne où il y a une perte de substance du bord palpébral. Nombreux ganglions sous-maxillaires.

### Observation IV.

(Clinique de M. le professeur Rollet).

*Syphilides secondaires palpébrales et prélacrymales (phot. 1).*

P.... Antoine, 20 ans. Entré le 10 juillet 1905 dans le service.

Syphilides de la peau, plaques muqueuses hypertrophiques;

les commissures labiales sont fortement entamées. Depuis 1 mois il présente des croûtes nombreuses sur les paupières et autour de l'orbite.

Chancre vers le 1<sup>er</sup> janvier. Jamais d'affection oculaire. Teint blafard, nez aplati.

### Observation V.

(Clinique de M. le professeur Rollet).

*Tumeur lacrymale gommeuse et inflammatoire (phot. 7). Syphilides de la face et de la tête.*

M.... Paul, 23 ans. Le 2 octobre 1907, se présente à la consultation avec une dacryocystite fistulisée depuis le matin. — Début de l'affection (3<sup>e</sup> récurrence), il y a 3 jours. Epiphora depuis 5 mois.

Syphilides de la face et de la tête. Chancre il y a 9 mois. On a pensé à une gomme précoce du sac.

Revient le 22 novembre 1907 : la guérison n'est pas encore complète.

### Observation VI.

(Clinique de M. le professeur Rollet).

*Gomme prélacrymale et palpébrale (phot. 6) — Nez en selle — Cicatrices osseuses tibiales.*

D.... Marie-Jeanne, 9 ans et demi. Entrée dans le service le 13 mai 1913.

Début il y a un mois, à l'extrémité interne de la paupière supérieure par une petite tumeur indolore qui s'ulcéra 8 jours après. Actuellement, ulcération qui occupe l'angle interne, la partie interne de la paupière supérieure et une minime partie de la paupière inférieure. Les bords ne sont pas bourgeonnants, la peau semble décollée et l'on peut passer sous elle la pointe d'un stylet. A la surface de l'ulcération, on trouve une légère couche de pus. Gros ganglions parotidiens et sous-maxillaires gauches. Ganglions sous-occipitaux. A gauche, chaîne jugulaire.

Nez en selle, dents crénelées,

Sur la jambe droite, au niveau de la crête tibiale, de larges cicatrices attestent des lésions anciennes de nature indéterminée.

On prescrit l'iodure de potassium et l'onguent napolitain.

### Observation VII.

(Clinique de M. le professeur Rollet).

*Gomme prélacrymale ulcérée (phot. 5).*

D.... Pierre, 43 ans, ouvrier mineur. Entré dans le service le 9 septembre 1908.

Début de l'affection il y a 4 mois par un petit bouton sur la paupière supérieure, qui a augmenté progressivement. Actuellement, grosse tuméfaction à l'angle interne de l'œil gauche.

### Observation VIII. (Personnelle).

(Recueillie à la clinique de M. le professeur Rollet).

*Hyperostose bilatérale du canal lacrymal osseux ; dacryocystite simple (phot. 8). — Ulcérations de la jambe. — Guérison par le traitement spécifique.*

B.... Antonia, veuve F..., 50 ans, ouvrière chocolatière. Entrée dans le service le 4 juin 1924.

*Antécédents* : mariée à 26 ans. Son mari est mort, à 47 ans, d'affection cardiaque, semble-t-il. Il était éthylique et aurait eu des éruptions cutanées à plusieurs reprises. Première fausse couche à 4 mois, puis un enfant mort à l'âge de 18 jours. Une fille, en 1908, ayant présenté une éruption fessière à l'âge de 5 mois, pour laquelle on lui fit des frictions mercurielles, tandis que la mère prenait de l'iodure de potassium. Elle se plaignait déjà de larmolement bilatéral depuis plusieurs années. Elle eut ensuite un garçon, soigné dans le service pour kératite interstitielle, puis une fille et, en 1913, un autre garçon bien portants. En 1915, fausse couche à 5 mois. Elle-même prétend n'avoir jamais eu d'éruption. Depuis 7 ans, elle souffre d'un ulcère variqueux, mais n'a jamais cessé le

travail. 3 jours avant son entrée dans le service, elle ressentit une vive inflammation au niveau des deux yeux qui étaient rouges et enflés ; puis la douleur s'atténua à la suite de l'ouverture spontanée à la peau des deux collections purulentes.

A l'entrée, le 4 juin, il existe encore une tuméfaction inflammatoire, siégeant à l'angle interne des deux yeux et diffusant un peu vers les paupières. Ulcérations de la jambe droite, revêtant les caractères de la spécificité.

On institue un traitement actif : 12 injections intra-veineuses de 0,01 cgr. de cyanure, combinées à 4 injections totalisant 1 gr. de néosalvarsan. La pression du sac fait sortir du pus épais par les points lacrymaux, mais la fistule cutanée s'est rapidement fermée, l'inflammation a disparu. Cependant, persistance d'une tuméfaction profonde de la région lacrymale, de consistance osseuse, semblant venir d'une réaction périostée.

*Examen radiographique* (pratiqué le 20 juin par le Dr Ferré) : « Au niveau de la branche montante du maxillaire supérieur gauche, foyer d'ostéite gommeuse, avec raréfaction osseuse centrale et réaction hyperostosante périphérique (cliché profil). Sur le cliché de face, on ne note que la raréfaction osseuse.

« Au niveau de la grande aile du sphénoïde : cerclage en demi-deuil dessinant très exactement le contour des grandes ailes, tant sur la vue de face que sur le profil.

« Rien aux os propres du nez, rien aux sinus frontaux, maxillaire et sphénoïdal.

« Au niveau de la jambe gauche, réaction périostée, avec bosselures intéressant le 1/3 inférieur du péroué et le 1/3 supérieur sur 2 cm. Rien au tibia ».

Le 17 juillet : plus rien à l'œil droit. A gauche, la pression fait sourdre seulement un peu de liquide séreux par le point lacrymal.

---



# SYPHILIS LACRYMALE

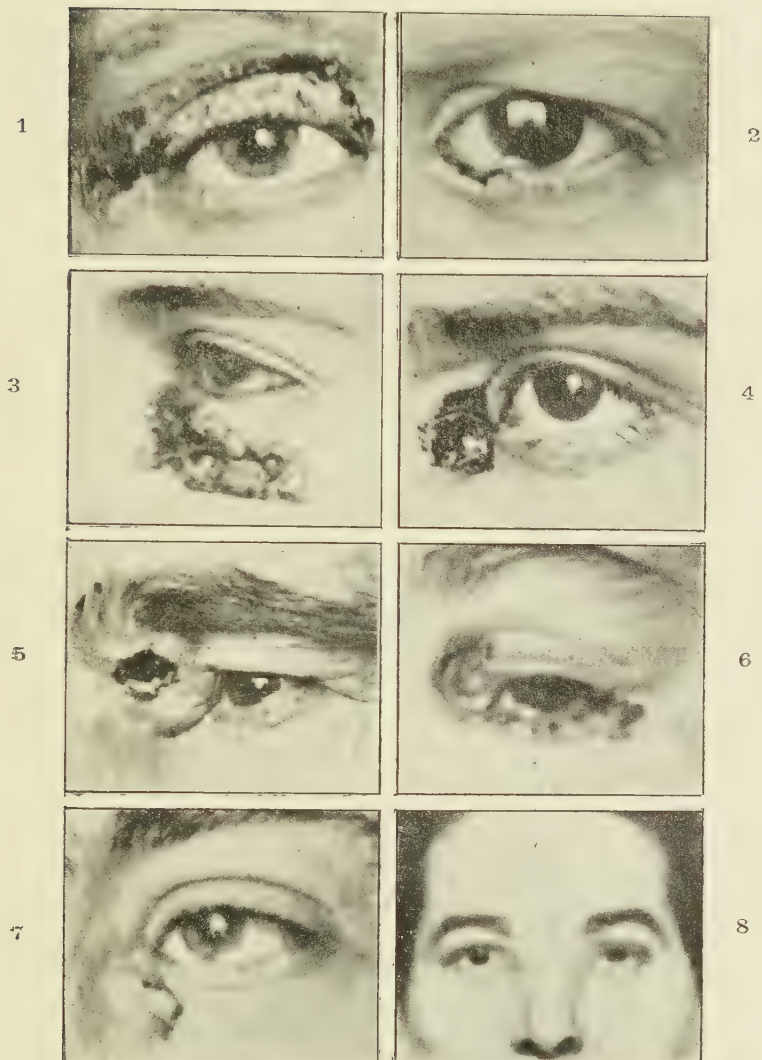


Fig. 1. — (Obs. IV). Syphilides secondaires palpébrales et prélacrymales.  
 Fig. 2. — (Obs. III). Chancre cutanéomuqueux intéressant le point lacrymal.  
 Fig. 3. — (Obs. I). Chancre palpébral.  
 Fig. 4. — (Obs. II). Chancre prélacrymal.  
 Fig. 5. — (Obs. VII). Gomme prélacrymale.  
 Fig. 6. — (Obs. VI). Gomme prélacrymale et palpébrale.  
 Fig. 7. — (Obs. V). Tumeur lacrymale gommeuse et inflammatoire.  
 Fig. 8. — (Obs. VIII). Hyperostose bilatérale du canal lacrymal osseux, dacryocystite simple.



## CONCLUSIONS

---

1. Les lésions syphilitiques des voies lacrymales sont acquises ou congénitales. On observera soit le chancre, soit des lésions secondaires ou résolutives, soit des lésions tertiaires destructives.

2. Le chancre est exceptionnellement cavitaire. On le voit plutôt dans la région prélacrymale, où il est cutané ou cutané-conjonctival. On le voit aussi nasolacrymal.

3. Les lésions secondaires sont d'observation très rare, sous forme de syphilides érosives de l'angle interne.

4. Les lésions tertiaires consisteront en altérations scléro-gommeuses cavitaires et plus fréquemment en lésions prélacrymales, soit à début tégumentaire, soit plus fréquemment à point de départ osseux.

Dans la syphilis acquise, on peut voir, comme dans l'une de nos observations, recueillies dans le service de M. le Professeur Rollet, une hyperostose de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, avec dacryocystite inflammatoire secondaire.

A un degré plus avancé de la syphilis tertiaire ou de l'heredo-syphilis, on voit des ostéo-syphiloses frappant

le canal osseux lacrymo-nasal et déterminant l'effondrement basal (nez en selle) ou l'effondrement médian (nez en lorgnette). Dans ces cas, il y a larmolement par suppression du canal osseux : c'est une tumeur lacrymale par rétention, de cause inflammatoire et non de nature syphilitique.

5. Le diagnostic peut être simple ; dans d'autres cas il sera très délicat. On le fera avec les lésions inflammatoires banales, avec la tuberculose et les néoplasmes présacculaires ou sacculaires.

Il y aura toujours dans les cas difficiles à compter sur le diagnostic fait par l'efficacité d'un traitement d'épreuve.

6. Le traitement comportera surtout la médication antisiphilitique ; arsenic, mercure, bismuth, iodure de potassium. On s'aidera de la désinfection locale. Très rarement on aura à recourir à l'ablation du sac.

*Le Président de la Thèse,*  
Etienne ROLLET.

Vu : *Le Doyen,*  
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 octobre 1924.

*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,*  
J. CAVALIER.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ANTONELLI. Pathologie naso-lacrymale dans la syphilis héréditaire. *Archives d'ophtalmologie*, 1909.
- ARTAUD. La tumeur prélacrymale. *Thèse Lyon*, 1901.
- BEAUMEL. Des altérations des voies lacrymales consécutives aux déformations nasales hérédo-syphilitiques. *Thèse Lyon*, 1922.
- BEN Aouda. La tuberculose fibreuse du sac lacrymal. *Thèse Lyon*, 1920.
- BLARY. Contribution à l'étude des gommes syphilitiques des paupières. *Thèse Lyon*, 1897.
- DÉLÉGLISE. Epithélioma palpébral. *Thèse Lyon*, 1921.
- DOR. Le traitement de la syphilis oculaire. *Société française d'ophtalmologie*, 4 mai 1916.
- FOURNIER. *Leçons sur la syphilis*, édition 1881, p. 451.
- GALEZOWSKI. Obs. de gomme du sac. *Recueil d'ophtalmologie*, 1876.
- Un cas de gomme prélacrymale. *Journal d'ophtalmologie*, 1872, p. 233.
- GUICHARD. Chancre du nez, obstruction nasale consécutive. *Annales de dermatologie*, 1908.
- HAMBRESIN. La syphilis lacrymale. *Société Belge d'ophtalmologie*, 1922.
- LAGNEAU (fils). Mémoire. *Archives générales de médecine*, 1857.
- LAREBIÈRE. Contribution à l'étude des altérations syphilitiques des voies lacrymales. *Thèse Paris*, 1880.

- MAGNIER. Les ulcérations hérédo-syphilitiques des paupières. *Thèse Lyon*, 1923.
- NARJOUX. De la syphilis secondaire de la conjonctive. *Thèse Lyon*, 1893.
- NETTLESHIP. Chancre de la cloison, complications lacrymales. *British medical journal*, 1873.
- PANAS. Syphilis des voies lacrymales. *Archives d'ophtalmologie*, 1902.
- ROLLET. Extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites. *Lyon médical*, juin 1896
- La tumeur prélacrymale. *Lyon médical*, 1900.
  - Formes cliniques de la tuberculose palpébrale. *Revue générale d'ophtalmologie*, 1906.
  - La tuberculose des voies lacrymales. Rapport au Congrès 1911. *Archives d'ophtalmologie*, 1911.
  - et BUSSY. Les formes cliniques de la tuberculose des voies lacrymales. *Revue générale d'ophtalmologie*, 1920.
- SCHOUSBOE. Des dacryocystites congénitales par obstruction canaliculaire osseuse. *Thèse Lyon*, 1920.
- TERRIEN. Syphilis de l'œil et de ses annexes. Paris 1905.
- TISSIER. Syphilis du nez. *Gazette des hôpitaux*, 1896.
- VINCENTIS (DE). Sifiloma del sacco lacrymale. *Annali di ottalmologia*, 1900.
-

---

LE PUY. — IMPRIMERIE PEYRILLER, ROUCHON ET GAMON.

---





